INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

Zoom santé

Décembre 2015 | Numéro 53

État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec

Chantale Lecours et Ghyslaine Neill[1]

INTRODUCTION

Au Canada comme ailleurs, plusieurs études se sont intéressées à l'*effet de l'immigrant en bonne santé* et au fait qu'au fur et à mesure que la durée de séjour augmente, cet effet s'amenuise[2,3,4,5,6,7]. Ainsi, une fois prise en compte la durée de séjour dans le pays d'accueil, ces études montrent que les immigrants récents sont en meilleure santé que les non-immigrants[8] et que l'état de santé des immigrants de longue date tend à se rapprocher de celui des non-immigrants. Plusieurs facteurs sont évoqués pour tenter de comprendre cette dégradation au fil du temps : entre autres, les conditions de vie, l'adoption d'habitudes de vie nuisibles à la santé, le stress psychosocial voire la discrimination dont les immigrants peuvent faire l'objet[9].

Au Québec, l'*effet de l'immigrant en bonne santé* a également été observé[10,11]. Une étude récente, utilisant les données des cycles 2003, 2007-2008 et 2013 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, montre qu'au cours des années 2000, l'état de santé des immigrants, examiné à partir de quelques indicateurs[12], diffère de celui des Canadiens de naissance. Également, bien que la faiblesse des effectifs permettant de distinguer les immigrants selon la durée de séjour pour chacun des cycles limite quelque peu la portée de l'étude, les résultats obtenus dressent un portrait de santé plutôt positif pour les immigrants récents alors que c'est l'inverse pour les immigrants de longue date. Enfin, l'étude révèle que les différences observées entre les immigrants récents, les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance à chacun des cycles tendent à vouloir perdurer au cours des années 2000.

---

1. Les auteures tiennent à remercier Monique Bordeleau, Patricia Caris et Justine Flores pour leurs commentaires sur la version préliminaire du texte.

2. E. FULLER-THOMPSON, A. M. NOACK et U. GEORGE (2011), "Health decline among recent immigrants to Canada: Findings from a nationally representative longitudinal survey", *Canadian Journal of Public Health*, July/August, p. 373-380.

3. E. NG (2011), « L'effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 22, nº 4, novembre, 6 p.

4. I. HYMAN, et R. JACKSON (2010), « L'effet immigrant en santé : Un phénomène temporaire ? », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, décembre, p. 17-23.

5. J. T. MCDONALD, et S. KENNEDY (2004), "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada", *Social Science & Medicine*, vol. 59, nº 8, p. 1613-1627.

6. J. CHEN, E. NG et R. WILKINS (1996b), « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 8, nº 3, nº 82-003 au catalogue, p. 31-41.

7. J. CHEN, E. NG et R. WILKINS (1996a), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 7, nº 4, nº 82-003 au catalogue, p. 37-50.

8. Il importe de mentionner qu'au Canada, l'état de santé constitue un critère de sélection puisqu'on demande notamment à ce que le candidat et les personnes qui sont à sa charge ne souffrent d'aucune maladie grave ou contagieuse. Pour plus de détails, voir : ACCÈS CANADA IMMIGRATION (2014), *Les conditions d'admissibilité*, [En ligne]. [www.accescanada.com/fr/guide/fonctionnement/conditions_admissibilite.html] (Consulté le 2 octobre 2015).

9. L. A. LEBRUN (2009), « Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada », *Canadian ethnic studies*, vol. 41-42, nº 3-1, septembre, p. 247-260.

10. V. NANHOU, et F. BERNÈCHE (2014), « L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance ? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, nº 42, avril, 16 p.

11. V. NANHOU, et N. AUDET (2008), « Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, juin, 4 p.

12. Les indicateurs-clés sont : santé générale perçue, santé buccodentaire perçue, problèmes de santé chroniques (asthme, diabète, hypertension, maladies cardiaques, maux de dos, migraines, troubles anxieux, troubles de l'humeur, ulcères de l'estomac/de l'intestin) et incapacité. V. NANHOU, et F. BERNÈCHE, *op. cit.*

Une autre étude réalisée à partir de données canadiennes[13] montre que l'*effet de l'immigrant en bonne santé* pourrait être un phénomène moins important que ce qui est documenté dans bon nombre d'études et que le meilleur état de santé des immigrants pourrait être attribuable plutôt au fait qu'à leur arrivée, ces derniers sont moins susceptibles de mentionner des problèmes de santé. À l'instar des travaux de McDonald et Kennedy[14], les résultats portent à croire que si on assiste à une augmentation de la déclaration des problèmes de santé de la part des immigrants au fur et à mesure que la durée de séjour au Canada augmente, ce serait en raison de leur utilisation des services de santé leur permettant d'obtenir un diagnostic.

D'autres études se sont intéressées plus spécifiquement à l'utilisation des services de santé par les immigrants du Canada[15, 16]. En s'appuyant notamment sur des données médico-administratives, une étude[17] menée en 2010 révèle que les immigrants récents ont moins recours aux services de santé que le reste de la population durant leurs premières années de séjour au pays. Selon les auteurs de cette étude, ce phénomène pourrait tout aussi bien être attribuable à un meilleur état de santé qu'à un manque de familiarité avec le système de santé.

Au Canada, les immigrants ont le même accès aux services de santé que les Canadiens de naissance. Au Québec, cependant, l'admissibilité au régime d'assurance maladie ne commence que trois mois après l'arrivée[18] ; l'accès à ces services est donc un peu plus difficile pour les nouveaux arrivants. Bien que l'utilisation des services de santé soit moins importante chez les nouveaux immigrants par rapport au reste de la population, selon certaines études, d'autres motifs pourraient expliquer cette moindre utilisation, soit l'existence de barrières linguistiques, une incompréhension de certains aspects culturels au regard de la maladie et une méconnaissance du système de santé[19, 20].

Dans la présente étude, nous nous intéressons aux différences d'état de santé et d'utilisation des services de santé observées entre les immigrants et les Canadiens de naissance afin de voir si les résultats obtenus à partir d'enquêtes populationnelles québécoises, réalisées auprès d'un vaste échantillon, vont dans le même sens que ceux obtenus à partir d'autres études.

Dans un premier temps, nous présentons la prévalence de l'incapacité et de quelques problèmes de santé de longue durée selon le statut d'immigration, soit en distinguant les immigrants récents, les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance[21]. Nous analysons aussi les probabilités pour les immigrants récents et de longue date, en comparaison des Canadiens de naissance, de présenter une incapacité ou un problème de santé de longue durée, une fois prises en compte diverses caractéristiques sociodémographiques. Dans un deuxième temps, divers aspects concernant l'utilisation des services de santé et les besoins non comblés, c'est-à-dire le fait d'avoir eu besoin d'un service sans avoir pu l'obtenir, font l'objet des mêmes analyses.

Pour ce faire, nous utilisons les données[22] de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) et celles de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV), enquête rattachée à l'EQES. Le fait que ces enquêtes sont liées permet de documenter simultanément l'utilisation des services de santé par les personnes et l'état de santé de celles-ci.

13. D. SOPCHOKCHAI (2014), *New Evidence Regarding the Health Immigrant Effect: Cohort Analysis Using Matching Approach, National Conference Canadian Research Data Centre Network (CHDCN), 29-31 October*, University of Manitoba.

14. J. T. MCDONALD, et S. KENNEDY, *op. cit.*

15. W. R. OMAFIBA, N. A. ROSS, C. SANMARTIN et J. V. TU (2014), "Neighbourhood immigrant concentration and hospitalization: A multilevel analysis of cardiovascular-related admissions in Ontario using linked data", *Revue canadienne de santé publique*, vol. 105, nº 6, p. 404-411.

16. E. NG, C. SANMARTIN, J. TU et D. MANUEL (2014), « Utilisation des services hospitaliers en soins de courte durée par les personnes âgées immigrantes en Ontario : une étude de couplage », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 25, nº 10, nº 82-003 au catalogue, p. 16-24.

17. S. MCDERMOTT, S. GUPTA, M. DESMEULES, D. MANUEL, A. KAZANJIAN, B. VISSANDJÉE, E. RUDDICK et E. KLIEWER (2010), « Recours des immigrants et des réfugiés canadiens aux services de santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, décembre, p. 37-40.

18. Il existe toutefois des exemptions pour cette période d'attente. Pour plus de détails, voir www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/vivre-quebec/sante/index.html.

19. L. A. LEBRUN, *op. cit.*

20. LABORATOIRE D'ÉTUDE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA MONDIALISATION (LEPPM) (2008), Incidence de l'immigration sur le système de santé au Québec, Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec, Rapport 6, ENAP, 14 p.

21. Les définitions sont présentées dans l'encadré de la page 3.

22. Pour plus de détails sur les données, voir l'encadré de la page 3.

DONNÉES

Les données utilisées proviennent de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES)[1], réalisée en 2010-2011 et reposant sur un échantillon de 48 100 répondants, et de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV)[2], rattachée à l'EQES et menée auprès de 24 772 répondants. L'EQLAV cible trois populations, soit les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité, les personnes âgées de 15 ans et plus ayant au moins un problème de santé de longue durée et l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces enquêtes sont représentatives des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en logement privé ou en logement collectif non institutionnel.

DÉFINITIONS

Incapacité: se définit comme le fait d'avoir des difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée. Ces limitations d'activités entraînent une réduction partielle ou totale de la capacité à réaliser certaines tâches de la vie quotidienne qui représente la gravité de l'incapacité. L'incapacité peut être légère, modérée ou grave.

Problème de santé de longue durée: se définit comme des problèmes de santé physique ou mentale ayant été diagnostiqués par un médecin, nécessitant un suivi médical et impliquant la prise de médicaments. Il s'agit notamment des cinq maladies chroniques suivantes: 1) l'arthrite, l'arthrose ou les rhumatismes, 2) le diabète, 3) la bronchite chronique ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)[3], 4) l'hypertension et 5) les maladies cardiaques.

Statut d'immigration: se définit par le lieu de naissance ou et par la durée de séjour au Canada pour les personnes nées à l'extérieur. Les catégories utilisées sont: les personnes nées au Canada, les immigrants récents, soit ceux vivant au Canada depuis neuf ans ou moins et les immigrants de longue date, soit ceux vivant au Canada depuis 10 ans ou plus.

MÉTHODES D'ANALYSE

Les estimations de prévalences ont d'abord fait l'objet d'un test global du khi-deux afin de mesurer l'association entre chacune des variables d'analyse (état de santé et utilisation des services de santé) et le statut d'immigration. Lorsqu'une association significative au seuil de 5 % était observée, des tests d'égalité des proportions étaient menés afin de déceler les catégories présentant des proportions statistiquement différentes. Ensuite, afin de tenir compte de l'influence possible de certains facteurs associés aux variables d'analyse considérées sur les associations significatives observées lors des analyses bivariées, des modèles de régression logistique ont été construits. Ces modèles sont présentés dans les prochaines sections.

---

1. Pour plus de détails concernant l'enquête et la définition des indicateurs, voir: M.-E. TREMBLAY, G. DUBÉ et R. BARALDI (2013), *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 1, 58 p.
2. Pour plus de détails concernant l'enquête et la définition des indicateurs, voir: C. FOURNIER, M. GODBOUT et L. CAZALE (2013), *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 1, 71 p.
3. Ce type de maladies a été exclu des analyses en raison d'un risque de divulgation.

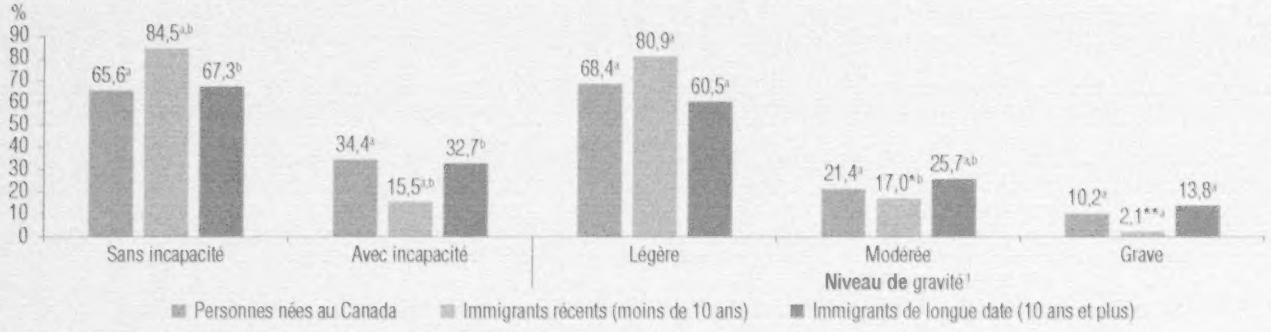
ÉTAT DE SANTÉ

La figure 1 présente les prévalences de l'incapacité et de la gravité de l'incapacité selon le statut d'immigration. Les résultats montrent un lien entre la durée de résidence au Canada et l'incapacité : la prévalence est nettement plus basse chez les immigrants récents que chez les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada (15 % c. 33 % et 34 % respectivement). Ainsi, avec le temps, l'avantage qu'ont les immigrants à leur arrivée semble s'étioler puisqu'il n'y a aucune différence entre ceux arrivés depuis au moins 10 ans et les Canadiens de naissance.

Parmi les personnes avec incapacité, on constate que 8 immigrants récents sur 10 (81 %) ont une incapacité légère, tandis que chez les immigrants de longue date, c'est le cas de 6 personnes sur 10 (61 %). En ce qui concerne les personnes nées au Canada, malgré l'effet de la durée de résidence faisant en sorte que les immigrants de longue date ressemblent à ces personnes, une différence significative persiste au chapitre de la gravité de l'incapacité entre les immigrants de longue date (61 %) et les personnes nées au Canada (68 %). Quant aux deux autres niveaux de gravité, les immigrants de longue date ayant une incapacité sont plus nombreux à présenter une incapacité modérée ou grave que les immigrants récents et les Canadiens de naissance (modérée : 26 % c. 17 %* et 21 % ; grave : 14 % c. 2,1 %** c. 10 %).

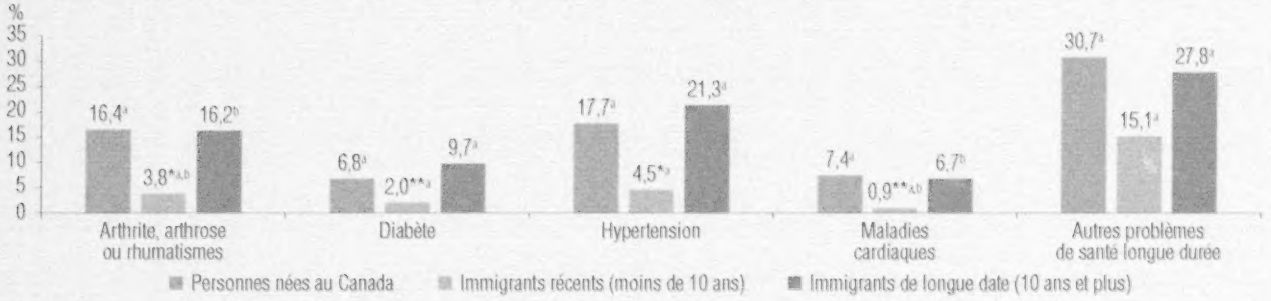
Qu'en est-il des personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée diagnostiqué par un médecin ? On constate d'abord que la proportion varie selon le statut d'immigration. En effet, les immigrants récents présentent une proportion nettement plus faible que ceux de longue date et que les personnes nées au Canada (20 % c. 49 % et 50 % ; données non illustrées). Les résultats varient aussi selon le type de problème[23] (figure 2).

Figure 1
Incapacité et niveau de gravité[1] selon le statut d'immigration, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.
a, b Pour la variable statut d'immigration, les différences significatives au seuil de 5 % entre deux catégories d'une variable sont indiquées par le même exposant.
1. Parmi les personnes avec incapacité.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 2
Problèmes de santé de longue durée selon le statut d'immigration, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.
a, b Pour la variable statut d'immigration, les différences significatives au seuil de 5 % entre deux catégories d'une variable sont indiquées par le même exposant.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

23. Les résultats des analyses concernant la bronchite chronique ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ne sont pas présentés puisqu'il s'agit de données confidentielles en raison d'un risque de divulgation.

Si les problèmes d'arthrite, de diabète, d'hypertension, de maladies cardiaques et les autres problèmes de santé sont beaucoup moins prévalents chez les immigrants récents que chez les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance, les différences observées entre les deux derniers groupes méritent également d'être soulignées.

Mentionnons que les immigrants de longue date ne se distinguent pas des Canadiens de naissance en ce qui concerne l'arthrite et les maladies cardiaques. Par contre, ils sont plus susceptibles de faire du diabète (10 % c. 7 %) et de l'hypertension (21 % c. 18 %) comparativement aux Canadiens de naissance. Pour ce qui est des autres problèmes de santé de longue durée, la prévalence observée chez les immigrants de longue date est moins élevée que chez les Canadiens de naissance (28 % c. 31 %).

Le portrait que nous venons de tracer de certains indicateurs de l'état de santé selon le statut d'immigration montre que les immigrants récents sont de façon générale en meilleure santé que les personnes nées au Canada, tandis que l'état de santé des immigrants de longue date tend à se rapprocher de celui des Canadiens de naissance. Comme les indicateurs retenus sont généralement associés à diverses caractéristiques des individus dont le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et le revenu, et comme ces dernières diffèrent selon le statut d'immigration – par exemple, les immigrants récents sont, en moyenne, plus jeunes et davantage scolarisés que les personnes nées au Canada (tableau 1) – nous avons procédé à des analyses supplémentaires de manière à ce que l'effet simultané de ces caractéristiques soit pris en compte.

Tableau 1
Statut d'immigration selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et le niveau de revenu du ménage, Québec, 2010-2011

	Personnes nées au Canada	Immigrants récents (moins de 10 ans)	Immigrants de longue date (10 ans et plus)
	%		
Sexe			
Hommes	49,1	51,6	51,0
Femmes	50,9	48,4	49,0
Groupe d'âge			
15-64 ans	**81,4[a]**	**98,5[a]**	**76,5[a]**
15-24 ans	15,6[a]	14,6[b]	8,1[a,b]
25-49 ans	39,1[a]	79,3[a,b]	40,2[b]
50-64 ans	26,7[a]	4,5[a,b]	28,1[b]
65 ans et plus	**18,6[a]**	**1,5 *[a]**	**23,5[a]**
65-74 ans	10,6[a]	1,1 **[a]	12,1[a]
75-84 ans	5,9[a]	x	8,4[a]
85 ans et plus	2,1[a]	x	3,1[a]
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	24,5[a]	7,5[a]	19,4[a]
Diplôme d'études secondaires	22,7[a]	13,7[a,b]	21,1[b]
Diplôme d'études collégiales	28,9[a,b]	19,0[a]	22,0[b]
Diplôme d'études universitaires	24,0[a]	59,9[a]	37,6[a]
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	15,1[a]	38,9[a]	27,2[a]
Au-dessus du seuil de faible revenu	84,9[a]	61,1[a]	72,8[a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation fournie à titre indicatif seulement.

a, b Pour la variable *statut d'immigration*, les différences significatives au seuil de 5 % entre deux catégories sur une même ligne sont indiquées par le même exposant.

x Donnée confidentielle (risque de divulgation).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

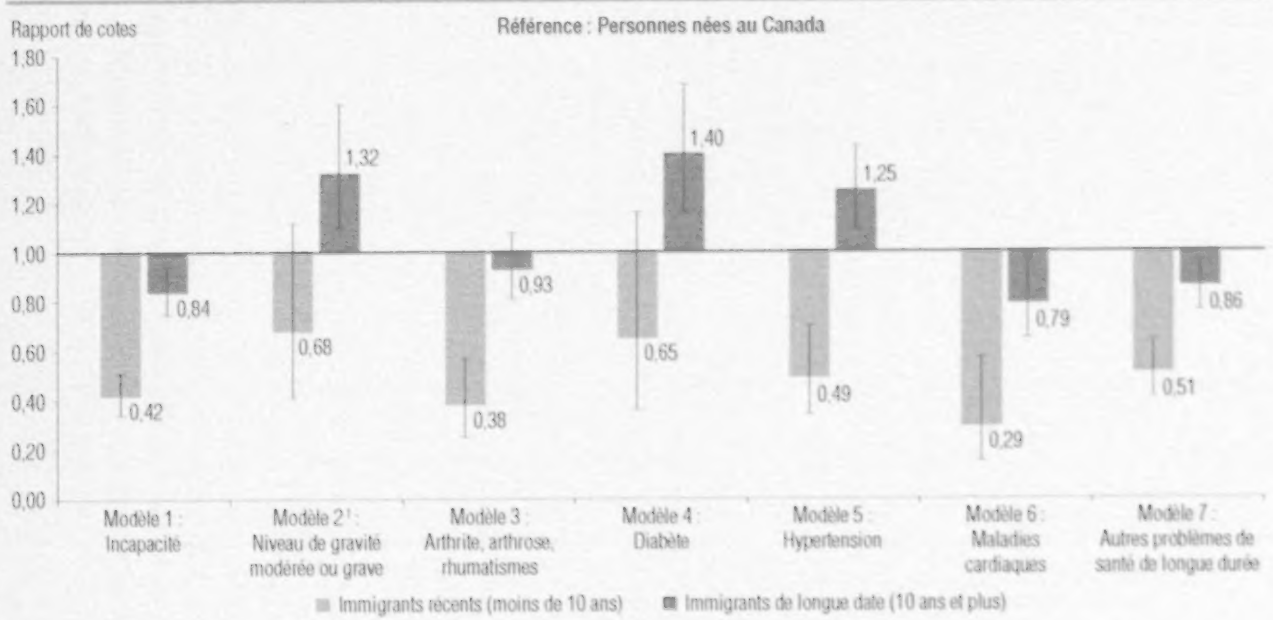
Ainsi, nous avons construit des modèles de régression logistique (*logit*) permettant de déterminer si les probabilités diffèrent chez les immigrants récents et chez ceux de longue date, comparativement aux Canadiens de naissance, concernant les indicateurs suivants : le fait de présenter une incapacité, le niveau de gravité de l'incapacité (modéré ou grave) et le fait d'avoir un problème de santé de longue durée. Nous concluons à des différences dans les probabilités lorsque le rapport de cotes (RC) est significativement différent de 1 (valeur associée à la catégorie de référence, ici les personnes nées au Canada), c'est-à-dire quand l'intervalle de confiance (IC) à 95 % n'inclut pas la valeur 1. La figure 3 présente une synthèse des huit modèles ainsi générés.

Les résultats montrent que les immigrants récents (RC = 0,42) comme les immigrants de longue date (RC = 0,84) sont moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir une incapacité (figure 3, modèle 1). Par contre, si on considère la gravité de l'incapacité, parmi les personnes avec incapacité, les résultats diffèrent (figure 3, modèle 2). En effet, la probabilité d'avoir une incapacité modérée ou grave est plus élevée chez les immigrants de longue date que chez les Canadiens de naissance (RC = 1,32), alors qu'un tel constat n'est pas fait pour les immigrants récents. L'absence de lien significatif pour cette dernière catégorie pourrait être attribuable à la faiblesse des effectifs : parmi les 16 % ayant une incapacité, 19 % ont une incapacité modérée ou grave (figure 1).

Les résultats concernant les problèmes de santé de longue durée (figure 3, modèles 3, 4, 5, 6 et 7) font également état de différences selon le statut d'immigration. Considérant les indicateurs retenus, l'état de santé des immigrants récents est meilleur quand on le compare avec celui des personnes nées au Canada. En effet, la probabilité est moins élevée chez les nouveaux immigrants que chez les Canadiens de naissance quant au fait d'avoir été diagnostiqué pour de l'arthrite, de l'arthrose ou des rhumatismes (RC = 0,38), de l'hypertension (RC = 0,49), une maladie cardiaque (RC = 0,29) ou pour d'autres problèmes de santé de longue durée (RC = 0,51). La seule exception est le diabète puisque les immigrants récents ne se distinguent pas des personnes nées au Canada pour ce problème de santé.

Pour ce qui est des immigrants de longue date, les résultats montrent qu'ils ne se distinguent pas des Canadiens de naissance en ce qui a trait à l'arthrite, à l'arthrose ou aux rhumatismes, mais qu'ils sont plus susceptibles d'être atteints de diabète (RC = 1,40) ou de faire de l'hypertension (RC = 1,25). Enfin, au regard des maladies cardiaques et des autres problèmes de santé de longue durée, les immigrants de longue date présentent une probabilité moindre que les Canadiens de naissance (RC = 0,79 et RC = 0,86 respectivement).

Figure 3
État de santé selon le statut d'immigration, synthèse des modèles de régression logistique, Québec, 2010-2011



I Intervalle de confiance à 95 %.
1. Parmi les personnes avec incapacité.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET BESOINS NON COMBLÉS

Comme mentionné précédemment, l'EQES et l'EQLAV étant rattachées l'une à l'autre, elles permettent d'obtenir énormément d'informations sur l'état de santé et sur l'utilisation des services de santé par les personnes de 15 ans et plus vivant en logement privé ou en logement collectif non institutionnel. De plus, comme les besoins non comblés quant à l'obtention de services ont également été documentés, des renseignements qui ne peuvent être fournis par les données administratives sont disponibles. Les analyses qui suivent portent sur l'endroit habituel de soins, l'affiliation à un médecin de famille, la consultation d'un professionnel des services sociaux, la référence à un médecin spécialiste, la prescription d'un test de laboratoire ou d'un examen radiologique et la consommation de médicaments prescrits. Le tableau 2 présente les prévalences obtenues pour chacun des indicateurs retenus selon le statut d'immigration.

On constate que les immigrants récents ont la plus faible proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins, alors que les immigrants de longue date montrent une proportion, bien que légèrement plus faible, qui se rapproche de celle des personnes nées au Canada (62 % c. 83 % c. 86 %). De plus, les nouveaux immigrants utilisent davantage le CLSC et l'urgence d'un hôpital comme endroit habituel de soins que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance (11 % c. 6,6 % et 7,7 % pour le CLSC et 6,1 %* c. 2,3 %* c. 3,5 % pour l'urgence) et un peu moins la clinique (76 % c. 84 % et 84 %).

Autres différences notables : les immigrants récents sont proportionnellement moins nombreux à avoir un médecin de famille que les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada (44 % c. 75 % c. 81 %), alors qu'ils sont beaucoup plus nombreux en proportion à avoir besoin d'un tel médecin (41 % c. 17 % c. 11 %) (tableau 2).

Tableau 2
Utilisation des services de santé et besoins non comblés selon le statut d'immigration, Québec, 2010-2011

	Personnes nées au Canada	Immigrants récents (moins de 10 ans)	Immigrants de longue date (10 ans et plus)
	%		
Avoir un endroit habituel de soins	86,1[a]	61,6[a]	82,7[b]
Type d'endroit habituel de soins			
Clinique ou bureau de médecin	83,5[a]	75,9[a,b]	83,8[b]
CLSC	7,7[a]	10,6[a,b]	6,6[b]
Urgence d'un hôpital	3,5[a]	6,1*[a]	2,3*[b]
Clinique externe d'un hôpital	3,1[a,b]	5,3*[a]	5,5[b]
Autre	2,2	2,1**	1,9*
Avoir un médecin de famille	81,0[a]	44,3[a]	75,2[b]
Besoin non comblé de médecin de famille	11,0[a]	40,7[a]	17,5[b]
Avoir consulté un professionnel des services sociaux	12,8[a,b]	9,2[a]	9,9[b]
Besoin non comblé de consultation d'un professionnel des services sociaux	2,7[a,b]	5,6[a]	5,1[b]
Avoir été référé à un médecin spécialiste	36,1[a]	27,9[a,b]	36,7[b]
Besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste à la suite d'une référence	51,9	52,9	46,5
Avoir reçu une prescription pour un test de laboratoire ou un examen radiologique	68,9[a]	54,5[a]	71,8[b]
Besoin non comblé pour un test de laboratoire ou un examen radiologique à la suite de la prescription	18,3	14,9**	19,5*
Avoir pris des médicaments prescrits par un médecin	76,2[a]	56,5[a,b]	73,8[b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation fournie à titre indicatif seulement.

a, b Pour la variable *statut d'immigration*, les différences significatives au seuil de 5 % entre deux catégories sur une même ligne sont indiquées par le même exposant.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Si on examine la consultation d'un professionnel des services sociaux, les immigrants, qu'ils soient récents ou de longue date consultent moins que les Canadiens de naissance (9,2 % et 9,9 % c. 13 %), mais sont plus nombreux, en proportion, à avoir un besoin non comblé à cet égard (5,6 % et 5,1 % c. 2,7 %).

En comparaison des immigrants de longue date et des Canadiens de naissance, les immigrants arrivés récemment sont moins nombreux, en proportion, à avoir été référés à un médecin spécialiste (37 % et 36 % c. 28 %). Cela dit, aucune différence n'est observée en ce qui concerne le besoin non comblé de consultation d'un tel médecin à la suite de l'obtention d'une référence selon le statut d'immigration.

L'obtention d'une prescription pour un test de laboratoire ou un examen radiologique est moins fréquente chez les immigrants récents (54 %), alors que c'est l'inverse chez les immigrants de longue date (72 %), en comparaison des personnes nées au Canada (69 %). Mentionnons que le besoin non comblé pour un test ou un examen à la suite d'une prescription ne diffère pas selon le statut d'immigration.

Finalement, les résultats révèlent que les immigrants récents sont moins nombreux, en proportion, à avoir pris des médicaments prescrits[24] que les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada (57 % c. 74 % et 76 %).

Comme nous l'avons fait pour les indicateurs portant sur l'état de santé, ceux concernant l'utilisation des services de santé et les besoins non comblés ont été analysés de manière à ce que certaines caractéristiques qui leur sont généralement associées (sexe, âge, niveau de scolarité et niveau de revenu du ménage) soient prises en compte. Huit modèles de régression logistique ont ainsi été construits afin de déterminer si les immigrants récents, ceux de longue date et les Canadiens de naissance se distinguent quant à leur utilisation des services et leurs besoins non comblés.

Mentionnons d'abord que pour les modèles 1 (affiliation à un médecin de famille) et 2 (besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille), la région sociosanitaire de résidence a été ajoutée aux autres variables afin de tenir compte du fait que l'accès à un médecin de famille varie d'une région à l'autre[25]. Également, pour les modèles 5 (référence à un médecin spécialiste), 6 (besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste à la suite d'une référence), 7 (prescription pour un test de laboratoire ou un examen radiologique) et 8 (besoin non comblé pour un test de laboratoire ou un examen radiologique à la suite d'une prescription), la variable « avoir ou non un médecin de famille » a été ajoutée aux autres variables puisque, la plupart du temps, c'est ce dernier qui fait la référence. Rappelons que l'on conclut à une différence significative dans les probabilités lorsque l'intervalle de confiance (IC) à 95 %, associé au rapport de cotes (RC), n'inclut pas la valeur 1.

Les résultats présentés à la figure 4 (modèles 1 et 2) révèlent que la probabilité d'être affilié à un médecin de famille chez les immigrants récents est très inférieure à celle chez les personnes nées au Canada (RC = 0,29) et que la probabilité d'avoir un besoin non comblé à cet égard est plus élevée chez les immigrants, peu importe la durée de résidence (RC = 3,39 pour les immigrants récents et RC = 1,43 pour les immigrants de longue date).

En ce qui a trait au fait d'avoir consulté un professionnel des services sociaux (figure 4, modèle 3), on constate que, peu importe la durée de résidence au Canada, les immigrants sont moins susceptibles de consulter un tel professionnel (RC = 0,62 et RC = 0,71) que les personnes nées au Canada. Les résultats concernant le besoin non comblé de consultation (figure 4, modèle 4) montrent, quant à eux, que seuls les immigrants de longue date se distinguent des Canadiens de naissance, et ce, par une probabilité plus grande (RC = 1,75).

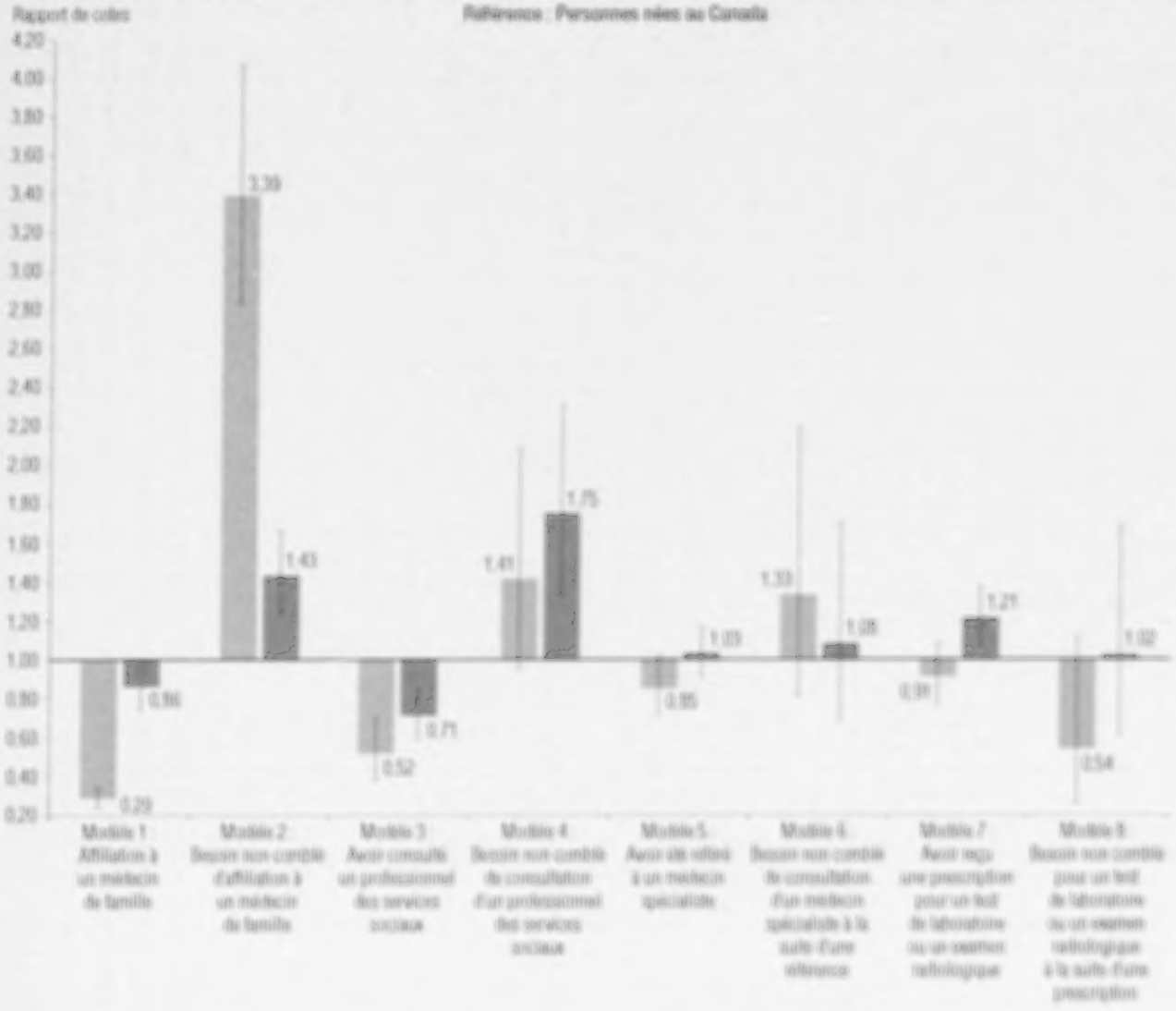
Le même constat peut être fait en ce qui concerne l'obtention d'une prescription pour un test de laboratoire ou un examen radiologique (figure 4, modèle 7) : les immigrants de longue date ont une probabilité plus élevée (RC = 1,21) que les personnes nées au Canada.

24. À titre d'information, pour être admissible au régime public d'assurance médicaments, il faut d'abord être admissible au régime d'assurance maladie. De fait, comme nous l'avons mentionné précédemment dans le texte, il y a une période d'attente de trois mois.

25. A. DUBÉ, J. BOIVIN, M. PINEAULT, J.-F. LEVESQUE, C. LECOMTE et M.-É. THERRIAULT (2013), *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 3, 73 p.

Figure 4

Utilisation des services de santé et besoins non comblés selon le statut d'immigration, synthèse des modèles de régression logistique, Québec, 2010-2011



[ ] Intervalle de confiance à 95 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

DISCUSSION

Au Québec comme ailleurs, dans un contexte où l'accueil et l'intégration des immigrants constitue un enjeu social important, on comprend l'intérêt des travaux qui, au cours des dernières années, se sont penchés sur l'*effet de l'immigrant en bonne santé*. Au moyen de données québécoises récentes qui proviennent de diverses sources et qui permettent de documenter simultanément l'état de santé des personnes, leur utilisation des services de santé et leurs besoins non comblés, cette étude cherche à mieux cerner cette problématique au Québec.

Parmi les principaux résultats portant sur l'état de santé, mentionnons d'abord que les immigrants récents et de longue date sont moins susceptibles d'avoir une incapacité que les personnes nées au Canada. Par contre, si on considère le niveau de gravité de l'incapacité, la probabilité d'avoir une incapacité grave ou modérée est plus élevée chez les immigrants de longue date que chez les Canadiens de naissance. En ce qui concerne les problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un médecin, rappelons que les immigrants récents sont moins susceptibles d'avoir ce type de problème que les personnes nées au Canada (à l'exception du diabète) et que les immigrants de longue date présentent des probabilités plus élevées de souffrir de diabète et d'hypertension, mais une probabilité moins élevée d'être atteints d'une maladie cardiaque.

Ce constat du « meilleur état de santé des immigrants récents » pourrait être attribuable à diverses raisons, par exemple, l'effet de sélection des immigrants puisque la santé fait partie des critères pour obtenir le droit d'immigrer au Canada, la sous-déclaration d'un problème de santé de longue durée faute d'un diagnostic avant l'arrivée dans le pays d'accueil.

En faisant l'hypothèse que les immigrants de longue date au Québec présentaient le même état de santé à leur arrivée que les immigrants récents, on peut se demander comment il se fait que les immigrants perdent leur capital de santé avec le temps. Est-ce la conséquence des conditions de vie et de l'accès aux services de santé dans leur pays d'origine ou après leur arrivée[35] ? Comme l'ont soulevé McDonald et Kennedy[36], la détérioration de l'état de santé observée chez les immigrants au Canada pourrait être due notamment à la sous-utilisation des services de santé dans les premières années suivant leur arrivée.

Les résultats de nos analyses montrent aussi que les immigrants récents ont une probabilité moindre d'être affiliés à un médecin de famille et que leurs besoins non comblés à cet égard sont très grands. Comme l'affiliation à un médecin de famille constitue la porte d'entrée du système de santé pour obtenir des conseils visant la prévention de certains problèmes de santé (diabète, hypertension, maladies cardiaques, etc.), pour consulter un médecin spécialiste ou pour passer des tests et examens diagnostiques, il est raisonnable de penser que cela peut contribuer à une détérioration de l'état de santé des immigrants avec le temps. Quant aux résultats concernant le fait d'avoir été référé à un médecin spécialiste ou d'avoir obtenu une prescription pour des services diagnostiques, les immigrants ne se différencient pas des Canadiens de naissance quand on tient compte de l'affiliation à un médecin de famille.

Autres résultats intéressants : peu importe la durée de séjour, les immigrants sont moins susceptibles de consulter un professionnel des services sociaux que les personnes nées au Canada, et ils ont davantage de besoins non comblés sur ce plan. Les services des professionnels des services sociaux s'avèrent en effet importants pour eux : les immigrants doivent considérer, en plus des facteurs susceptibles d'être associés à la santé de la population en général (conditions de vie, conditions de travail, soutien social, etc.), le stress lié à la migration et aux difficultés linguistiques[37].

Enfin, le fait que les besoins non comblés sont plus grands chez les immigrants par rapport aux personnes nées au Canada est-il attribuable à une méconnaissance du système de santé ou à une incompréhension de certains aspects culturels ? Comme l'affirment Juszt et autres[38], ces aspects doivent être pris en compte afin de mieux cerner les liens entre état de santé et utilisation des services dans la population immigrante puisqu'une plus ou moins grande hétérogénéité en matière de santé est constatée selon le pays d'origine.

---

[35] F. ALDRICH, J. SLOAN, P. DEVLIN-FOLTZ, N. LEE, T. CHANG, « Immigration and health: Selection, acculturation and the immigrant effect among Asians in the United States », *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 25, 2007, p. 225-247.

[36] J. T. MCDONALD, M. KENNEDY, *op. cit.*

[37] COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (2010), *Réponse du rapport du Groupe de travail sur la stabilité : Recommandations pour une stratégie en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels vulnérables*, Ottawa, 12 p.

[38] F. ALDRICH, J. SLOAN, P. DEVLIN-FOLTZ, N. LEE, T. *op. cit.*

PARUS RÉCEMMENT DANS LA COLLECTION ZOOM SANTÉ...

n° 62	*Profil du cancer à Longueuil : où en sont les Québécois en 2010 ? – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*	Novembre 2010
n° 61	*Qui sont les fumeurs occasionnels au Québec ? – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*	Octobre 2010
n° 60	*Les activités sédentaires chez les jeunes : qui les pratique et quelle en est l'évolution depuis 2003 ? – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*	Avril 2010
n° 59	*Les élèves du secondaire sont-ils satisfaits de leur apparence corporelle ?*	Février 2010

À PARAÎTRE

Santé et compétences clés en traitement de l'information : des liens à prendre en compte	Décembre 2010

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation : Kate Dupont, validation des données, Direction des statistiques de santé
Nicole Desmoiselles, révision linguistique
Gabrielle Tardif, mise en page, Direction des communications

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2010
ISSN 1911-6936 (PDF)

Pour plus de renseignements : Chantale Lacours
Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 1er étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6107)
Télécopieur : 514 864-8619
Courriel : contactisq@stat.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2009

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Institut de la statistique Québec